

## 記入例【医療等の状況（医療機関用）】

- ①病院、診療所又は歯科医院で療養を受けたときに使用します（健康保険の適用のない医療機関では使用できません。）。
- ②この様式は医師証明用紙につき、学校並びに保護者での加筆訂正はできません（公費負担医療制度記入欄除く）。
- ③証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外にも原因が考えられる場合など、傷病名と因果関係が判然としない場合、その因果関係について医師の所見を傷病名欄余白等に記入していただけてください。
- ④保険薬局では使用できません。
- ⑤請求する場合は、療養月ごとに証明していただけてください。
- ⑥総医療費（１０割分）を証明していただけてください。

別紙 3 (1)

## 医療等の状況

災害報告書の負傷部位と異なっていないか、発生の状況に記載のない傷病名が含まれていないか確認してください。

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名	安全 健二		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	10年 8月 27日生
傷病名	(1) 右足関節骨折	(2) 災害発生日と日付けが前後していないか確認してください。 (3)					
診療開始日	(1) 平成 24 年 11 月 9 日 (2) 平成      年      月      日 (3) 平成      年      月      日	診療実日数	5 日				
診療報酬点数	外来に係る療養 十 万 千 百 十 一 × × 1 1 2 3 点	入院に係る療養 日数 十 万 千 百 十 一 3 × 1 6 7 0 0 点 日間	転帰 治 死 中 ゆ 亡 止				
	食事療養標準負担額 入院に係る食事療養標準負担額 日数 万 千 百 十 一 3 × 2 3 4 0 円 日間						
上記のとおりです。 平成 24 年 12 月 5 日 医療機関所在地及び名称 氏名 〇〇市△◆1-2-3 〇〇記念外科病院 健康 太郎							
※決定	外来に係る療養分 10円 × 点 × $\frac{4}{10}$ =      円 入院に係る療養分 10円 × 点 × $\frac{4}{10}$ =      円 入院に係る食事療養標準負担額	保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病（虫歯など）について同時に治療を受けた場合は、その分の点数を除いて証明を受けてください。					

医療機関へお願い  
診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上抜けた数欄は、×印等でしてください

療養月の記入漏れがないか確認してください。

入院・外来の合計

診療が継続している場合は記入の必要はありません。

どちらかが7,000点を上の場合は、高額療養状況の届を添付してください。

食事療養標準負担額の一回当たりの額は以下の通りです。  
・課税世帯：260円  
・非課税世帯：210円  
・非課税世帯：160円（90日を越える場合）  
  
（例にあるように課税世帯で3日の入院であれば260円×3食×3日で2,340円となります。）

証明日の記載もれがないか確認してください。

医療機関名所在地等記入もれ、押印もれがないか確認してください。

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
- 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別業とすること。
- 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
- 4 ※印は、記入しないこと。
- 5 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格 A 4 縦型とすること。

公費負担医療制度を利用している場合は、保護者に記入していただけてください。保護者が記入できない場合は、学校・設置者で記入してください（医療機関でご協力いただける場合は、医療機関で記入していただいてもかまいません。）。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください（※該当する項目に○をつけてください。）

記入者★ 保護者 学校（園） 設置者 医療機関	公費負担医療制度★ 乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法 利用している制度がない場合はその他に記入 その他	自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円
-------------------------------------	---	----------------------------------	---

**公費負担医療制度記入欄の場合別記入例【医療等の状況（医療機関用）】**

- ①医療機関で診療を受け、記入者が「保護者」、公費負担医療制度は「子ども医療費助成制度」を利用し、自己負担額がない場合。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者	（利用している制度がない 場合はその他に記入）	その他（
学校（園）		）
設置者	自己負担額	
医療機関	（公費負担医療制度を利用している場合のみ記入）	0 円

※この場合、医療費総額の1割を給付します。

- ②医療機関で診療を受け、記入者が「学校」、公費負担医療制度は「乳幼児医療費助成制度」を利用し、自己負担額が500円だった場合。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者	（利用している制度がない 場合はその他に記入）	その他（
学校（園）		）
設置者	自己負担額	
医療機関	（公費負担医療制度を利用している場合のみ記入）	500 円

※当該用紙の証明欄にて自己負担額を記入してください。

※この場合、医療費総額の1割＋500円を給付します。